

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR UNE MÉTHODE D'AUTOSÉROTHÉRAPIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 juillet 1930

PAR

Xavier-Auguste-Joseph-Marie-Hervé SOUBIGOU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à LESNEVEN (Finistère), le 6 mars 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MICHELEAU, professeur.....	<i>Président.</i>
		LEURET, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		GREYX, agrégé.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR UNE MÉTHODE D'AUTOSÉROTHÉRAPIE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 juillet 1930

PAR

Xavier-Auguste-Joseph-Marie-Hervé SOUBIGOU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à LESNEVEN (Finistère), le 6 mars 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MICHELEAU, professeur.....	<i>Président</i>
		LEURET, professeur	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOISE.
Maladies mentales.....	PÉRRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOISE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LOUIS SOUBIGOU

*Licencié en droit, notaire,
Député du Finistère,
Conseiller général.*

A MA MERE

En hommage de respectueuse reconnaissance et de très profonde affection.

A MES SOEURS ET A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS, A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES PROFESSEURS DES ECOLES DE MEDECINE NAVALE
DE BREST ET DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Ce travail marquant la terminaison de nos études, nous voudrions l'offrir en hommage à tous ceux qui ont contribué à nous conduire à la carrière que nous avons choisie.

C'est tout d'abord à la mémoire de notre père que ce travail est dédié : de sa vie de labeur excessif et de dévouement infatigable, il nous reste surtout le souvenir d'une énergie constante, alliée à une bonté parfaite. Nous voudrions que notre mère trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour avoir permis la réalisation de nos désirs les plus chers. Nos huit frères et sœurs ont, en rapportant les souvenirs si expressifs de leurs multiples excursions lointaines, favorisé une vocation encore incertaine et l'ont étayée par l'appui constant de leur affection.

Les premières leçons médicales reçues à Brest ont eu sur notre esprit une influence prépondérante, et nous remercions les Professeurs de cette Ecole de leur dévouement et de leur bienveillance. Nous sommes aussi reconnaissant aux Professeurs de l'Ecole de Bordeaux de leur bienveillance à notre égard, et nous voulons particulièrement adresser à M. le Médecin général Brugère l'expression de notre respectueux dévouement.

Nous désirerions aussi adresser à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux nos remerciements pour leur enseignement, dont l'intérêt et l'utilité ne nous ont jamais échappé. Nous remercions en particulier M. le Professeur Michelet d'avoir bien voulu présider notre thèse : son enseignement si coloré nous a appris que la science n'a ni « un feuillage très épineux ni une écorce affreusement rude », et nous sommes heureux, en terminant nos études, de le remercier de ses leçons.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR UNE MÉTHODE D'AUTOSÉROTHÉRAPIE

II

INTRODUCTION

L'*autosérothérapie* est une méthode de traitement qui consiste à injecter dans le tissu cellulaire d'un malade du sérum pris à ce même individu : le liquide employé est tantôt du sérum sanguin, tantôt du liquide épanché dans une séreuse sous l'influence de la maladie (plasmothérapie, lymphothérapie). La méthode que nous nous proposons d'étudier est, sous le nom assez disgracieux de Phlycténothérapie, une variation de la précédente : elle consiste « à injecter aux malades la sérosité des phlyctènes préalablement obtenues par un agent vésicant » (en général un vésicatoire). Cette dénomination, qui manque un peu d'harmonie, a été donnée par Lassablière, mais nous lui aurions préféré le terme de « vésiculothérapie », ayant l'avantage de rappeler le nom du vésicatoire, qui est l'agent de la phlyctène.

Ce nouveau mode de traitement est désormais entré dans

la cure de nombreuses maladies, et nous exposerons dans ce travail le résultat de nos recherches dans la tuberculose pleuro-pulmonaire. Après un mot d'historique, nous donnerons le détail de la technique, les résultats obtenus, le mécanisme supposé de son action. Nous relaterons les observations prises dans le service de M. le Professeur Michelean et nous donnerons la conclusion qui se dégage de cette étude.

III

HISTORIQUE

La méthode thérapeutique que nous étudions a une origine déjà ancienne, et nous allons en marquer les étapes :

1° Le moyen le plus simple de traiter un malade par un produit spécifique est de lui injecter son propre sang où cette substance doit se trouver * mais l'*autohémothérapie* donne parfois des chocs violents et des réactions alarmantes qui en limitent l'emploi.

2° Aussi une nouvelle méthode a pris jour : c'est en 1891 que Debove et Remond commencent à traiter par *autosérothérapie* les malades qui présentaient une péritonite tuberculeuse. De même en injectant sous la peau du liquide d'ascite pris aux cirrhotiques, Bayo, en 1903, puis Sicard, virent fondre les épanchements et le foie s'améliorer. Mais c'est surtout à Gilbert que l'on doit une étude documentée sur cette question, et, dès 1894, le médecin de Genève rapportait au Congrès de Rome la guérison ou l'amélioration de 27 pleurésies, traitées par l'injection sous-cutanée de leur exsudat pleurétique. De nombreux médecins français (Mongour et Gentes-Breton), étrangers (Scarpa, Bourget, etc.), rapportèrent par la suite un nombre impressionnant de guérisons par cette méthode, et depuis le nombre des maladies traitées par ce moyen si efficace s'étend tous les jours davantage.

3° C'est en 1908 que Modinos (médecin à l'Hôpital d'Alexandrie) voulut employer dans le traitement des maladies infectieuses le sérum des phlyctènes artificiellement créées sur la peau par un vésicatoire. De nombreuses affections furent

ainsi traitées avec succès : le rhumatisme articulaire aigu s'améliore rapidement; la grippe, les fièvres typhoïde et paratyphoïde tournent court; la coqueluche, la pneumonie, l'asthme, sont amendés; la fièvre de Malte, si tenace et si persistante, guérit en quelques injections du sérum de la vésicule créée par le vésicatoire ⁽¹⁾ (Modinos). Une nouvelle méthode d'autosérothérapie était créée, que Lassablière proposa d'appeler *Phlycténothérapie*.

Divers auteurs ont élargi les indications de cette méthode qui s'attaque maintenant à l'arthrite blennorragique (Artault de Vevey), à l'accès de goutte (Finck, de Vittel), au cancer, aux annexites. Rhomer (de Nancy), l'emploie en ophtalmologie et constate des résultats étonnants dans l'iritis, les cataractes infectées, les ulcères cornéens, etc. Ces diverses maladies s'améliorent rapidement, et Artault peut déclarer qu'il ne connaît pas « de traitement capable de juguler les infections aiguës avec autant de promptitude et de sûreté que ce procédé, qui est supérieur à toutes les sérothérapies ».

4° Les bons effets relatés dans le traitement de la grippe et des affections pulmonaires aiguës ont encouragé les médecins à traiter ainsi une des maladies les plus fréquentes, la *tuberculose* pulmonaire, dont le traitement spécifique nous échappe encore.

a) Déjà, en 1910, deux médecins bordelais, Ferrier et Tiéron, de Saint-Médard, conseillaient, dans la tuberculose, d'employer des injections sous la peau du malade de son *propre sérum*, car le sérum de cobayes tuberculeux injecté à ces mêmes animaux améliore leur état tandis que des témoins meurent rapidement.

b) Ramond (1912) aussi guérit de graves hémoptysies par autosérothérapie; et il remarque que chez les tuberculeux fébriles « la fièvre diminue, la tachycardie se calme, les manifestations septicémiques et toxiques s'atténuent, l'état général s'améliore ».

(1) M. le Médecin général Dargein a expérimenté cette médication dans la fièvre de Malte avec des résultats inégaux.

c) Les Allemands, qui ont beaucoup étudié cette question, déclarent que cette méthode « semble devoir justifier la poursuite des recherches » (Peus), et Weiksel obtient dans 31 cas d'excellents résultats dans les phtisies au début et les formes torpides.

d) La *phlycténothérapie* commence elle aussi à être appliquée dans la tuberculose et les résultats paraissent encourageants. Lassablière étudie depuis longtemps cette question, et, par des travaux biologiques et cliniques de grande valeur, arrive à conclure que « cette médication est douée des plus vastes perspectives » et qu'elle contribuera puissamment à la guérison de cette maladie.

Notre Maître, M. le Professeur Michelean, ayant essayé cette thérapeutique séduisante dans un cas de tuberculose évolutive, fut frappé des résultats obtenus et nous encouragea à poursuivre des recherches sur cette question dans son service de l'Hôpital Saint-André. Dans une communication récente à la Société de médecine de Bordeaux, notre Professeur, après avoir relaté les effets obtenus dans des maladies diverses, en vante les heureux résultats dans les maladies infectieuses en général et dans trois cas de tuberculose dont l'évolution s'arrête et dont les lésions semblent régresser. Nous donnerons dans ce travail les réflexions que nous suggère le traitement de cette désespérante maladie.

IV

MODE D'ACTION

Il peut sembler extraordinaire que l'injection sous la peau d'un malade d'un liquide exsudé dans un vésicatoire puisse produire des effets curateurs; aussi plusieurs théories ont essayé de déterminer le mécanisme de ce curieux phénomène et il nous semble qu'on peut les grouper sous trois chefs :

a) Tout d'abord le sérum agissant comme dans un shock peut exciter les moyens de défense des leucocytes;

b) Mais plutôt la sérosité contient des antitoxines qui neutralisent les poisons circulants, d'autant plus facilement qu'elles ont été sécrétées par le malade lui-même;

c) Enfin, nous verrons le rôle que semble jouer la peau dans la transformation de ces antitoxines.

1° C'est Gilbert qui, le premier, expliqua le mécanisme de la guérison au moyen de l'autosérothérapie par une exagération du processus défensif de nos humeurs. Cette médication, qui n'aurait rien de spécifique, agirait « en créant un appel leucocytaire et en augmentant les moyens de défense naturels de l'organisme ». C'est la même idée que défendent MM. Arnozan et Carles en enseignant que l'autosérothérapie est un traitement anti-infectieux général dont les effets sont comparables à une injection de peptone. Tout corps étranger brusquement introduit dans l'organisme produit en effet une réaction violente (shock), qui met en action ses moyens de défense. Cette théorie se ressent un peu du vague qui entoure encore l'immunité et l'anaphylaxie. On peut cependant lui objecter que les injec-

tions sont parfaitement tolérées et qu'elles ne produisent jamais la réaction humorale caractéristique du shock. D'ailleurs ici on n'introduit aucune substance étrangère susceptible de créer une perturbation organique : le sérum injecté vient du malade que l'on traite.

2° Aussi une deuxième explication paraît plus séduisante. Le sérum de la vésicule est un liquide riche en anticorps produits par le malade même : nous avons donc un liquide spécifique particulièrement apte à combattre l'agent pathogène et remarquablement adapté à l'organisme où on l'injecte.

a) Courmont avait remarqué, en 1898, l'augmentation de ces substances défensives, agglutinantes et bactéricides dans la plèvre, au moment de la guérison des pleurésies, légitimant ainsi l'injection de ce liquide si riche en anticorps.

b) En outre, Modinos pouvait, dans une fièvre typhoïde, agglutiner le bacille d'Eberth avec le sérum d'un vésicatoire et celui de Bruce dans une fièvre de Malte. Il mettait ainsi en évidence la richesse du plasma exsudé en produits de défense contre la maladie causale.

c) Ce sont surtout les recherches expérimentales de Lassa-blière qui nous montrent l'importance de cette sérosité qui contient un nombre considérable d'antitoxines tuberculeuses.

A quatre cobayes, il injecte 2 cc. de la sérosité d'un vésicatoire appliqué sur un tuberculeux : quinze jours après, ces quatre cobayes (groupe A) et deux animaux témoins (groupe B) sont inoculés avec des crachats contenant du bacille de Koch. Or il remarque les faits suivants :

1. les deux animaux témoins (B) meurent en vingt-deux jours (en moyenne) et on trouve à l'autopsie des lésions tuberculeuses généralisées (foie, poumon, rate);
2. les animaux réinjectés présentent des lésions localisées (abcès, adénopathie); mais deux survivent longtemps, et les deux autres meurent avec une survie moyenne de quarante-huit jours.

Les sérosités injectées ont donc immunisé deux cobayes et ont déterminé chez les deux autres une modification dans

l'évolution de la maladie, dont la marche est plus lente et qui reste localisée.

d) Mais l'avantage que présente cette méthode, c'est d'être parfaitement adaptée au malade chez lequel on n'introduit aucun élément étranger, appliquant cette juste parole de Grasset : « Dans toute maladie, c'est le sujet qui fait sa guérison. » Elle confirme aussi cette opinion de Ferrier-Tiéron : « C'est toujours l'organisme malade qui fournit son sérum curatif, et ce sérum est le seul qui puisse convenir à cet organisme. »

Ces affirmations sont peut-être un peu vagues, mais « on manque de base scientifique pour déterminer le mode d'action de cette méthode » (Castaigne).

Cependant l'on peut approfondir le mode d'action de ces anticorps spécifiques; il paraît peu probable que l'injection d'une minime quantité de ces anticorps puisse neutraliser les toxines de la maladie, il est plus vraisemblable que leur introduction dans l'organisme détermine la formation de substances analogues par un mécanisme assez curieux : c'est ici que l'on voit jouer le rôle si particulier de la peau.

3° On sait l'importance que les auteurs allemands attribuent à la réaction cutanée dans la création de l'immunité tuberculeuse : « une participation cutanée dans la tuberculose exerce une action protectrice et curative sur les organes internes » (Gehrke). Cet axiome est à la base de thérapeutiques diverses, utilisant des bacilles tuberculeux ou de la tuberculine en friction cutanée, telle la fameuse pommade « ektebin », dont les Saxons disent le plus grand bien.

a) C'est que, pour Sahli, le derme joue un rôle prépondérant dans la *production* des anticorps.

b) Castaigne se demande si l'absorption tissulaire ne *renforce* pas le pouvoir antitoxique du sérum.

c) Dans un langage lourdement germanique, Spengler suppose que, chez le malade, « des substances inhibitrices empêchent la copulation absorptive des colloïdes » et que l'injection cutanée du sérum *neutralise* ces substances, ce qui permet la fixation des anticorps sur les produits toxiques.

d) D'une manière ingénieuse et fort pittoresque, Artault de Vevey explique le rôle de la peau, qui prend chaque jour une importance plus grande dans l'étude de l'immunité : Un organisme infecté réagit en créant des anticorps que sécrètent les leucocytes et qui se répandent dans le sérum.

1. Si l'on traumatise la peau, il va se produire au lieu de l'irritation un appel de leucocytes, qui diffuseront, dans la sérosité du vésicatoire, un liquide contenant des anticorps, dont l'activité aura été augmentée par cette filtration à travers les éléments conjonctifs du derme.
2. Dans l'injection sous-cutanée de cette sérolymphe, on provoque de nouveau une contusion qui crée encore un appel de leucocytes, dont les sécrétions vont augmenter les moyens de réaction de l'organisme malade.

Nous voyons donc que la vésication et l'injection agissent en favorisant la diapédèse et en excitant la production d'antitoxines spécifiques, dont les leucocytes et les clasmatoctes du tissu conjonctif sont les deux grandes sources. Ces anticorps adaptés au microbe pathogène (et aux agents d'association) et surtout adaptés au terrain, sont dans les meilleures conditions pour amener une immunité antibacillaire.

V

TECHNIQUE

1° Pour *obtenir* une phlyctène, on applique un vésicatoire (6 sur 10) sur la région de l'omoplate (fosses sus ou sous-épineuse) préalablement lavée à l'alcool; on le recouvre d'une couche d'ouate, d'un bandage de corps et on le laisse ainsi pendant dix-huit heures.

2° La vésicule étant formée, on en *aspire* le contenu dans une seringue de 10 cc. (Lassallière recommande de piquer la bulle par la partie supérieure pour éviter le suintement du liquide et l'agrandissement de l'ouverture de ponction).

On fait deux parts du liquide recueilli :

a) la première sert à l'*injection* au malade; dans le service de M. Micheleau, nous faisons de petites injections de 5 à 10 cc. sous la peau du flanc ou de la cuisse, que nous répétons tous les douze ou quinze jours.

b) la deuxième partie est envoyée au laboratoire afin d'en faire un examen chimique et histologique, qui permet d'établir un contrôle dans l'évolution de la maladie : les variations de la formule leucocytaire indiquent ainsi le pronostic et décident du traitement.

En effet, la constitution normale du liquide de la phlyctène est la suivante :

a. Elle contient :

50 grammes d'albumine (Rivalta positif);

6 à 7 grammes de chlorure;

0 g. 30 d'urée;

0 g. 70 de sucre.

β . Au point de vue cytologique, on y rencontre :

70 p. 100 de polynucléaires;

13 p. 100 de grands monos;

3 p. 100 d'éosinophiles;

20 p. 100 de lymphocytes.

c) Au point de vue biologique : des ferments, lipases, oxydases). Cette composition varie suivant les maladies et chez le même individu au cours de sa maladie.

C'est ainsi que le nombre des éosinophiles peut varier (son augmentation serait d'un bon pronostic pour Modinos). L'étude régulière de cette formule permet donc de suivre la marche de la maladie et les effets du traitement.

3° *Après* l'injection, le malade ne présente aucun phénomène particulier : pas de fièvre, aucune douleur, nulle réaction locale; notons aussi que jamais nous n'avons trouvé de trouble de la fonction rénale : aucun signe clinique, aucun examen de laboratoire, n'a montré une atteinte même légère de cet organe.

VI

DISCUSSION DES OBJECTIONS APPORTEES A CETTE METHODE

On pourrait faire à cette méthode quelques critiques, et nous voudrions étudier les objections posées et tâcher d'y répondre.

1° Tout d'abord cette thérapeutique est-elle dangereuse? Tous les auteurs qui l'ont employée s'accordent pour en vanter l'innocuité; cependant le vésicatoire, si longtemps prôné et qui a connu ces temps derniers une défaveur imméritée, a la réputation de causer des accidents.

Et en second lieu, l'injection du liquide recueilli peut apporter des troubles dans l'organisme qui le reçoit.

a) Nous ne voudrions pas retracer l'historique des débats qu'a causés l'emplâtre cantharidé : vers le début du xix^e siècle, plusieurs thèses sont consacrées à cette étude et de nombreux articles en vantent les effets, en décrivent les inconvénients, relatant les opinions d'Arétée ou d'Asclépiade, de Bithynie (thèse de Bablon). Cependant plusieurs auteurs ont signalé les lésions toxiques de tout l'appareil urinaire, et Archigène, médecin de Néron, conseillait déjà de prendre du lait pour garantir la vessie : Cornil, Potain, etc., étudient les lésions du rein et conduisent à modérer l'emploi abusif de ce mode de révulsion.

Mais entre le grand vésicatoire laissé en place plusieurs jours, aussitôt remplacé par un autre agent vésicant, et le petit carré que nous laissons une nuit, la marge est grande, et elle explique ici l'absence de toute réaction au niveau de l'appareil rénovésical. Déjà Guyon notait que dans sa longue pratique il n'avait jamais observé de cystite cantharidienne, et Artault de

Vevey, qui emploie le vésicatoire dans nombre de maladies infectieuses, ne signale pas la plus légère atteinte du parenchyme rénal.

Faut-il rappeler les ulcérations, les plaies que Trousseau décrivait dans un langage pathétique et expressif : les règles d'asepsie empêchent la production de ces irritations cutanées et des lésions plus marquées. Aussi nous ne croyons guère aux dangers causés par un petit vésicatoire appliqué tous les quinze jours et sommes loin de croire que ce traitement « a été inventé par un esprit diabolique » (Van Helmont).

b) Mais l'injection sous la peau des liquides exsudés pourrait avoir des inconvénients : ce liquide, dont tous les produits nous sont encore mal connus, qui contient parfois des germes ou le virus filtrant tuberculeux (Nasta), a causé parfois un abcès froid au lieu de l'inoculation. Ainsi Cordier rapportait, en 1920, le cas d'une suppuration bacillaire du flanc droit après la plasmothérapie dans une péritonite tuberculeuse. Mais ici, pareilles complications n'ont jamais été signalées, soit que l'appel leucocytaire détruise tout agent pathogène, soit que ce liquide du vésicatoire soit dépourvu de tout germe virulent.

Cette méthode, dans ses deux temps, est donc inoffensive et son emploi est légitime lorsqu'un examen d'urine ne signale aucune atteinte antérieure du rein.

2° Mais nous avons à peine démontré l'innocuité de cette thérapeutique qu'une autre objection se présente : « C'est un procédé insuffisant et *illogique* », déclare Jousset, qui donne à l'appui de cette assertion des résultats expérimentaux.

« Le traitement de cobayes par les liquides pleuraux a tantôt un effet aggravant, tantôt un résultat nul, exceptionnellement un résultat favorable. » C'est aussi l'opinion de Paraf, « qui ne trouve dans les exsudats spontanés de l'homme aucune propriété antituberculeuse ».

Cependant, cette opinion est controversée : Eisner démontre le pouvoir leucocytogène des injections; Courmont découvre le pouvoir bactéricide du sérum et des sérosités pleurales tuberculeuses; et nous ne voudrions pas omettre les expériences de

Péron à la Société de biologie. Cet auteur remarque que le liquide d'une pleurésie aiguë jouit de propriétés thérapeutiques envers les infections à bacille de Koch : il injecte à des cobayes des bacilles tuberculeux après une inoculation de sérosité pleurale. Et tandis que des témoins injectés, avec du bacille de Koch seulement « présentent une tuberculose évolutive avec amaigrissement, des cavernes, une adénopathie médiastine, et qu'ils meurent rapidement, les premiers, au contraire, ont un état général excellent, présentent une forme de tuberculose fibreuse à marche lente, comme si on leur avait injecté des bacilles inoffensifs ». Ces exsudations ont donc bien un pouvoir immunisant et leur emploi est logique comme moyen de traitement.

3° Il nous reste un dernier point à élucider : dans les deux temps de cette méthode, production d'une phlyctène par un agent révulsif et l'injection du liquide obtenu, quelle est la part qui revient à chacun des deux actes dans l'amélioration constatée ?

Le vésicatoire a, depuis longtemps, été employé dans la tuberculose : Pidoux conseillait des cures de vésicatoire. Grancher et Arnozan « le considéraient comme un des meilleurs moyens d'enrayer la phtisie ». Dieulafoy le recommandait, et Peter trouvait qu'il « soulageait le malade, diminuait l'étendue des râles » et arrêta la marche de la maladie. Rolin rapportait ses bons effets à l'augmentation des échanges respiratoires, et Maragliano l'attribuait à l'augmentation du pouvoir bactéricide du sérum sanguin : les résultats obtenus par le vésicatoire seul ne suffiraient-ils pas à expliquer les résultats observés par la vésiculothérapie ?

Remarquons, en premier lieu que, dans d'autres maladies où l'on emploie cette méthode, l'effet curatif est si brusque, si instantané, que le vésicatoire ne peut en expliquer seul les bons effets : « C'est ainsi qu'elle coupe littéralement la grippe en quelques heures, guérit la fièvre, relève l'état de dépression, amène une convalescence prématurée : elle agit instantanément, comme si l'agent infectieux était supprimé. » (Artault.)

En outre, ce que nous avons dit du mode d'action peut nous expliquer le rôle respectif du vésicatoire et de l'injection. Nous avons, en effet, admis que le sérum déjà riche en anticorps, appelé par le traumatisme cutané, passe à travers la peau pour se collecter dans la vésicule formée ; mais cette filtration à travers les mailles du tissu conjonctif, qui est l'agent le plus actif dans la création de l'immunité (Paraf), transforme, remanie, cette exsudation, qui s'enrichit encore en agents immunisants (Godlenski).

L'explication est donc simple : le vésicatoire, qui agit comme facteur de révulsion, crée surtout des phénomènes de réaction cutanée qui enrichissent le liquide collecté du corps immunisant ; et, lors de leur réintroduction dans l'organisme, ces produits seront encore absorbés par la peau, qui augmentera leurs propriétés curatives. Loin de s'opposer, ces deux moyens, au contraire, se complètent et additionnent leurs effets pour aboutir à la formation d'anticorps spécifiques.

Le vésicatoire, « dont les indications sont si nombreuses chez le tuberculeux » (Micheleau), voit donc augmenter le champ de ses applications : et la vésiculothérapie, agissant par révulsion, mais surtout par des phénomènes d'immunisation, demeure une méthode inoffensive, logique, d'une application facile, dont les effets sont « supérieurs à toutes les sérothérapies » (Artault).

VII

RESULTATS CLINIQUES.

Nous avons, au cours de notre travail, relaté plusieurs cas de guérison par l'autosérothérapie : nous voudrions les grouper ici avant de donner l'analyse de nos observations.

1° Gilbert, qui avait pratiqué de nombreuses cures de *plasmothérapie*, notait, en 1910, que si la pleurésie tuberculeuse guérissait entièrement et avec rapidité, les lésions pulmonaires sous-jacentes n'étaient nullement influencées : cependant une atteinte discrète du parenchyme, une lésion prise au début, pouvaient céder aux injections de la sérosité pleurale.

2° *L'autosérothérapie* eut de meilleurs résultats entre les mains de Ramond, qui aime à l'employer dans « les hémoptysies et les tuberculoses fébriles rebelles à tout traitement ». Ce procédé atténue « certaines manifestations toxiques, la fièvre et la tachycardie en particulier ». Nous avons déjà signalé les résultats décrits par Peus et Weiksel qui continuent son emploi et citent de nombreux cas de succès. Mais nous voudrions, en passant, faire état des observations de Busquet qui traita deux tuberculeux à l'hôpital militaire de Bordeaux en 1911. Chez le premier, il constate une amélioration rapide de l'état général, un relèvement de l'appétit, sans que les signes physiques et bactériologiques aient montré un sensible progrès. Mais chez le second, en même temps que l'état général devient excellent, les injections de sérum diminuent l'expectoration bacillifère, font disparaître les craquements du sommet droit où il persiste seulement un peu d'obscurité. Nous citerons sa conclusion qui est réservée mais encourageante : « La durée du traitement a

été insuffisante pour permettre de porter un jugement justifié; cependant, en tenant compte des changements profonds et heureux apportés par l'intervention thérapeutique, on se laisse aller à penser que l'autosérothérapie utilisée d'une façon précoce, continue, prolongée, pourrait être utilement employée pour le traitement des tuberculoses pulmonaires à lésions peu étendues et récentes... ».

3° La *vésiculothérapie* a déjà produit d'excellents résultats dans les mains de Lassablière qui résume quelques faits cliniques dans un article de la « Médecine ». Il constate surtout, chez des tuberculeux dont la maladie est confirmée par la radiographie ou le laboratoire, une diminution des signes généraux, et une amélioration notable des signes fonctionnels. En effet, la température redevient normale au bout de 6 à 10 injections; la dyspnée s'atténue peu à peu, la toux disparaît progressivement, les sueurs diminuent, l'appétit revient, tandis que les digestions reprennent leur fonction normale. « Ces résultats sont plus évidents et plus marqués chez des gens jeunes et qui présentent des lésions en évolution rapide avec une forte fièvre: » Cependant l'auteur oublie, dans ce bref aperçu, de nous donner l'évolution des signes physiques : il déclare simplement que les formes avec épanchement pleural ont été celles qui ont été le plus rapidement améliorées, sinon guéries. Nous regrettons un peu le vague qui entoure le résumé de ces observations : nous devons cependant remarquer que ce sont les premiers essais dans le traitement de la tuberculose et que les conclusions paraissent optimistes : en effet, le médecin parisien termine en écrivant que cette indication paraît « douée des plus vastes perspectives ».

C'est pourquoi nous avons employé cette méthode dans le service de M. le Professeur Micheau, et nous voulons donner ici le résultat de quelques cas traités par la vésiculothérapie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

L... (Maurice), 31 ans, ingénieur, réformé de guerre à 100 p. 100 pour une tuberculose pulmonaire évolutive : tandis que le poumon gauche paraissait normal, on trouvait des lésions d'infiltration et de ramollissement du lobe supérieur droit avec des signes de pleurite à la base droite.

Le traitement est commencé en novembre 1929 : A ce moment, les signes stéthoscopiques indiquent un ramollissement progressif et rapide du sommet droit avec mauvais état général. On applique tous les quinze jours sur le sommet malade un vésicatoire de 5 sur 10 dont on injecte la sérosité (environ 10 cc.), tandis qu'on continue le traitement en cours, c'est-à-dire : cachets de Ferrier, sérum hématopoïétique et gaïacol iodoformé. A la troisième injection, le malade accuse une amélioration marquée des phénomènes locaux et des signes généraux : la température tombe, l'appétit revient, le poids augmente. Deux hémoptysies se produisent aux mois de janvier et d'avril, mais d'une importance bien moins marquée que des hémoptysies antérieures.

Aujourd'hui, l'examen stéthoscopique du poumon droit montre que les gros râles humides du début ont disparu et qu'il existe seulement quelques râles sous-crépitaux assez fins avec souffle inspiratoire, et une expiration soufflante et prolongée. L'état général est assez bon pour que le malade puisse vaquer à ses occupations professionnelles, son poids a augmenté de 5 kilos.

Nous avons donc observé ici une amélioration très nette dans l'évolution de la maladie : tandis que les signes généraux de l'infection disparaissaient, on pouvait voir une régression de l'atteinte parenchymateuse aboutissant à l'arrêt de la poussée évolutive et à un état persistant de stabilisation.

OBSERVATION II.

Pleurésie séro-fibrineuse.

H... (Pierre), employé de bureau, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 4 mai avec le diagnostic de typhoïde. Il présentait en effet une prostration extrême, de la diarrhée, de la fièvre (38°).

Le début, au 20 avril, avait été assez violent : un frisson, une élévation de température et un ensemble de signes nerveux : céphalée, somnolence, fatigue, photophobie, existaient avec des troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée). A l'examen, on est frappé par le décubitus latéral droit que présente le malade; la toux sèche et quinteuse, une douleur violente du côté droit exacerbée par la respiration et une polypnée énorme (à 60) orientent le diagnostic vers une atteinte de la plèvre. D'ailleurs, il n'y a aucune expectoration, le malade présente des quintes de toux au moindre mouvement, mais surtout il donne l'aspect d'un grand infecté, avec pâleur, amaigrissement, fatigue extrême. A l'auscultation, on constate tous les signes d'un très volumineux épanchement de la plèvre droite : la matité est absolue sur toute l'étendue de l'hémithorax droit; le foie est abaissé de trois travers de doigt, le cœur est déjeté vers la gauche, la mensuration du thorax indique une augmentation de 3 centimètres du côté atteint.

Une ponction exploratrice permet de retirer du liquide citrin où une analyse montre « une forte réaction cellulaire avec deux tiers de lymphocytes et l'absence de toute flore microbienne ».

Une analyse d'urine faite lors de son entrée à la salle 25 indique l'absence de tout élément étranger, mais une rétention chlorurée abondante : le taux des chlorures y est seulement de 2,4, l'urée 11,8, les phosphates 1,15.

Evolution. — A son entrée, le pronostic le plus défavorable avait été porté : le mauvais état général, avec un amaigrissement rapide, l'abondance de l'épanchement qui entraînait une dyspnée énorme et de la cyanose du visage, l'existence de phénomènes digestifs, indiquaient évidemment une atteinte sérieuse qui inspirait beaucoup d'inquiétude au médecin traitant.

Après une période d'hésitation, comme la fièvre augmentait et que les phénomènes locaux ne s'amélioraient pas, on se décide, le onzième jour (13 mai), à poser un vésicatoire dont le contenu est injecté le lendemain.

La fièvre cesse d'augmenter, et, après deux jours de plateau, descend en trois jours à 37 degrés. En même temps, l'état général se relève à tel point que, dans son entourage, on parle d'une véritable résurrection. Le liquide se résorbe rapidement tandis qu'apparaît une diurèse abondante avec une élimination importante de chlorures. Une seconde injection pratiquée le 26 exagère cette bonne évolution.

Le malade sort de l'hôpital au début de juillet; à ce moment, on note encore la présence d'une petite quantité de liquide à la base, cependant on ne trouvait aucun signe pulmonaire; le sommet droit était un peu soufflant, mais ne présentait aucun bruit surajouté. Une radio pratiquée montrait l'intégrité du parenchyme.

Conclusion. — Chez un malade jeune atteint d'une pleurésie très abondante avec un très mauvais état général, un traitement de vésiculothérapie arrête aussitôt la marche de l'affection, et, sans qu'aucune ponction n'ait été faite, l'épanchement commence à se résorber, mais surtout la fièvre tombe et l'état du malade se relève rapidement; celui-ci est parti fortement amélioré de cette affection, qui avait fait porter pour lui le pronostic le plus mauvais.

N. B. — Nous regrettons de ne pouvoir joindre à notre observation le graphique de la température; on y voit que :

- 1° la fièvre, irrégulière du 4 au 10 mai, monte progressivement tous les jours jusqu'au 13, où elle atteint 39; ce jour-là, on pose un vésicatoire dont le contenu est injecté;
- 2° Le soir même, la fièvre tombe à 38, et ne dépasse par 38°5 les trois jours suivants, où elle reste en plateau;
- 3° Le 20, la température atteint une première fois 37 degrés, où elle se fixe définitivement le 23, montrant ainsi l'influence heureuse de la méthode sur les phénomènes généraux de la maladie.

OBSERVATION III.

Pleurésie séro-fibrineuse.

R... (Louise), journalière de 43 ans, a dû être hospitalisée le 7 octobre 1929 pour une grande fatigue qui l'empêche de continuer son travail. Elle a ressenti quelques jours auparavant une douleur violente au côté droit qu'elle attribue au surmenage causé par le décès de son frère mort de tuberculose un mois auparavant. Mais une fièvre à 38 degrés et une toux sèche l'obligent à s'aliter, et comme la douleur ne cède pas et que des crises d'étouffement la fatiguent énormément, elle entre salle 25.

A l'examen, elle présente tous les signes d'un volumineux épanchement de la plèvre droite, confirmé par la radio. On pratique une ponction de 750 cc., et le liquide analysé manifeste une lymphocytose prédominante. On pratique le 23 octobre une injection de sérosité vésiculaire que l'on répète à peu près tous les trente jours. A cette date, l'auscultation du poumon indique un état anormal du sommet droit : la respiration y est rude.

L'évolution est traînante, et compliquée en novembre d'un état infectieux grave avec grandes oscillations de la température, une perte de l'appétit et une grande asthénie, sans que l'examen du poumon permette de rapporter cette complication à une lésion alvéolaire : deux séro-diagnostics pratiqués à cette période sont négatifs. En décembre et en janvier, la fièvre diminue pour osciller entre 37 et 37°8. Mais le poumon semble être plus atteint : la toux change de caractère, les crachats deviennent abondants, mais ne contiennent pas de B. K.; la respiration s'entend très mal au sommet, où elle prend un timbre plus grave tandis qu'à la base il persiste un épanchement liquidien. Une radio pratiquée à ce moment indique la présence de liquide dans le cul-de-sac costodiaphragmatique droit. En février, on note quelques filets de sang dans les crachats, mais une origine laryngée leur est attribuée. Enfin, la malade s'améliore et la convalescence commence : quand elle sort de l'hôpital, en avril, on note que la sonorité est devenue normale à droite, sauf à la base, où la submatité coexiste avec une dimi-

nution du murmure vésiculaire, indiquant une pachypleurite. Revu à la fin du mois de mai, notre sujet présentait un état général excellent avec une augmentation du poids qui était de 4 kilos (en moins de deux mois), et en l'auscultant on ne trouvait aucun bruit surajouté : le timbre légèrement soufflant de la respiration indiquait le côté antérieurement atteint. Cette journalière était donc très améliorée, et sa maladie semblait volatilisée.

Conclusion. — Que peut-on déduire de cette longue histoire?

1° Il semble qu'ici la thérapeutique par le vésicatoire n'ait guère agi sur l'épanchement pleurétique, qui s'est résorbé lentement.

2° Mais quelle a été son action sur la période fébrile du mois de novembre qui a été mal élucidée (typhobacillose ? septicémie ?) et sur les phénomènes pulmonaires consécutifs ? Il est difficile de le dire. Cependant, l'interne qui a suivi assidûment cette malade nous affirme que la méthode avait paru hâter la convalescence et influencer favorablement la marche de la maladie, qui, maintenant, semble arrêtée dans son évolution.

OBSERVATION IV.

Pleurésie et tuberculose pulmonaires.

D..., Annamite de 28 ans, qui exerce le métier de coiffeur, entre à l'hôpital le 26 avril pour une grande fatigue, la perte de l'appétit et une toux avec expectoration. A son entrée salle 25, on apprend son histoire, qui est assez curieuse : ce sujet commence sa maladie en 1918, où il rentre à l'hôpital Laënnec, à Paris, par une toux assez marquée et de la dyspnée. Ramond fait le diagnostic de pleurésie, qui fut ponctionnée à deux reprises : après trois mois de séjour, le malade sort de l'hôpital considéré comme guéri. Malgré les conseils du médecin, il reprend à Paris son métier de coiffeur pendant une période de huit mois, au bout de laquelle il rentre à l'hôpital Cochin pour de la toux et une grande fatigue : là, on pratique un oléothorax, qui semble mal supporté, et ce sujet, non amélioré, sort de l'hôpital pour aller au Havre. De nouveau, il doit être hospitalisé, et, après trois mois de repos et de traitement recal-

cifiant, il désire regagner l'Indochine, et arrive à Bordeaux, où il travaille trois mois : mais derechef, se sentant malade, il entre à Saint-André dans le service de M. Micheleau.

A son entrée, on constate des signes généraux importants : une grande asthénie, une anorexie absolue, un amaigrissement très marqué, de la fièvre (38°). Il tousse beaucoup et crache surtout le soir (plusieurs examens n'ont jamais révélé la présence du bacille de Koch).

L'étude stéthoscopique montre l'existence de signes pleuro-pulmonaires : à gauche on trouve tous les signes d'un épanchement abondant, confirmé par la radiographie et une ponction, et au sommet des signes d'infiltration; à droite la respiration est simplement un peu rude au sommet avec quelques râles de bronchite.

Evolution. — Le malade est mis au repos, et on lui fait une médication reconstituante (jus de viande), recalcifiente (cachets de Ferrier) et tonique (adrénaline). Localement, un vésicatoire de 5/10^{es} est appliqué tous les douze jours, dont le contenu est injecté sous la peau du flanc pendant un mois et demi.

A cette époque, le malade sortit de l'hôpital très amélioré.

L'appétit, qui, au début, était nul, était redevenu normal, le poids avait augmenté, la fièvre était tombée.

Les signes fonctionnels aussi avaient diminué d'intensité : la toux était devenue moins intense, l'expectoration moins abondante.

Enfin, l'épanchement avait nettement diminué (et la résorption en a été rapide), mais les signes pulmonaires n'avaient subi aucun changement : on trouvait toujours un souffle au sommet droit, qui restait mat; on ne voyait aucune amorce d'amélioration du côté parenchymateux.

En bref, voilà un sujet aux antécédents chargés, vrai pilier d'hôpital, qui, grâce au traitement, voit diminuer l'intensité de ses phénomènes généraux (surtout l'anorexie) et régresser un épanchement pleural abondant avec rapidité, mais persister une atteinte du poumon sous-jacent.

OBSERVATION V.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

G... (Pierre) est un manœuvre de 47 ans qui rentre à l'hôpital le 30 avril pour une grande fatigue et surtout parce qu'il tousse et crache toute la journée.

Il y a deux ans, il a déjà été traité chez M. Verger pour une abondante hémoptysie survenue dans un effort violent, et qui s'est reproduite quatre à cinq fois dans la même semaine. Le Professeur Verger diagnostique une tuberculose pulmonaire qui est vérifiée par le laboratoire et la radiographie. Après trois mois de repos, il reprend son travail jusqu'en février 1930, où la fatigue, un amaigrissement progressif, le contraignent à se reposer. Depuis ce moment, la toux reprend et l'appétit disparaît.

A son entrée, on constate que ce malade, très amaigri, pâle, présente une température élevée surtout le soir avec rémission matinale; il est constamment secoué par une toux opiniâtre, déchirante, souvent émétisante, amenant l'expulsion de crachats purulents, où l'on trouve de nombreux bacilles de Koch. En l'examinant, on constate la présence d'œdème aux membres inférieurs. A l'auscultation, on entend à droite des signes de condensation du sommet : la respiration y prend un timbre très soufflant, avec quelques râles disséminés; à gauche, il existe une caverne dont les signes s'entendent bien sous la clavicule; la base respire très mal, et on perçoit des signes d'adénopathie trachéo-bronchique dans la région interscapulaire.

Evolution.— La phlycténothérapie a été employée chez cet homme; avec la technique habituelle, quels résultats a-t-elle donnés? Elle a très sensiblement amélioré l'état général : ainsi la température, de 38 degrés, tombe le lendemain de l'injection à 36°3 et reste pendant cinq jours au-dessous de 37°2; mais elle reprend ensuite. L'appétit semble fortement influencé. La toux diminue : une petite hémoptysie survenue dans le service n'a pas eu la même gravité que celle de 1928 : simplement quelques crachats finement teintés de sang. Mais les lésions elles-mêmes, trop avancées dans leur évolution, n'ont paru subir aucun changement.

Ici on peut conclure que, chez un vieux bacillaire qui présente une caverne au sommet gauche, le traitement a contribué à améliorer l'état général, à diminuer l'intensité des signes fonctionnels, mais n'a nullement modifié l'atteinte si profonde du poumon.

OBSERVATION VI.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

M... (Honoré), jeune Breton de 25 ans, qui est embarqué comme garçon à bord d'un paquebot, entre à l'hôpital le 29 janvier parce qu'il tousse. Depuis son précédent voyage, il se trouve fatigué, il maigrit et transpire beaucoup la nuit : examiné à ce moment, on diagnostique une insuffisance respiratoire et il fait de la gymnastique; mais comme il ne trouve aucune amélioration, il vient se faire soigner dans un service de médecine générale.

Ce jeune homme, qui a un état général bien conservé, se plaint de tousser fréquemment, de sentir une grande fatigue et surtout de transpirer toujours la nuit. A l'examen, il présente des signes de condensation des deux sommets, surtout du gauche. Peu de fièvre, la température atteint rarement 38 degrés.

Evolution . — On traite ce sujet concurremment par la choline, le gaïacol iodoformé et la vésiculothérapie. L'on constate, pendant les trois mois de son séjour :

1° que la toux diminue et se calme;

2° que la fièvre s'atténue; quelques clochers fébriles se produisent dix à douze jours après l'injection et cessent à un nouveau vésicatoire;

3° que les sueurs nocturnes cessent entièrement;

4° que la maladie ne subit aucune progression, semblant être fixée à l'état présenté lors de l'entrée à la salle 25.

OBSERVATION VII.

Tuberculose bilatérale.

V... (Jean), âgé de 25 ans, est un employé de ferme qui doit entrer à l'hôpital pour un essoufflement et un amaigrissement progressif.

Il y a sept ans que ce jeune homme a commencé à se plaindre de son côté gauche, en même temps qu'il toussait et crachait abondamment. En mars 1930, il se sent à bout de forces, étant essoufflé par le moindre effort et ayant maigri de 4 kilos en quatre mois.

Lors de son entrée, on diagnostique une tuberculose avancée du poumon gauche, où la base présente un gros souffle et des râles sous-crépitants : le sommet paraît indemne. Le malade est très fatigué, dyspnéiqué, avec un pouls rapide, irrégulier, instable. Il crache abondamment, et, dans l'expectoration mucopurulente, on trouve de nombreux B. K. On commence les phlyctènes, dont la première amène une baisse de la température (de 40° à 38°).

La marche continue progressivement, et les crachats prennent de plus en plus la forme nummulaire. Au début de mai, on constate une atteinte du poumon gauche, dont les deux tiers supérieurs présentent un souffle surtout expiratoire entouré de râles humides; le malade continue à cracher, à tousser, à maigrir, et il meurt brusquement une nuit de pneumothorax spontané.

Conclusion. — Chez un tuberculeux jeune, dont les deux poumons présentaient des lésions profondes et rapidement évolutives, le traitement institué n'a pu mettre un frein à la marche de la maladie. Les signes généraux et les phénomènes fonctionnels n'en ont reçu que peu d'avantages, l'affection bacillaire ayant trop profondément atteint ce jeune organisme.

OBSERVATION VIII.

Cortico-pleurite.

P... (Marcelle), jeune ouvrière de 28 ans, est entrée à la salle 26 pour des phénomènes pulmonaires qui ont débuté brusquement quelques jours auparavant. Elle a ressenti un frisson intense avec un violent point de côté en même temps qu'une toux sèche l'obligeait à interrompre son travail.

Un examen sérieux détermine l'existence d'une pleuro-congestion de la partie moyenne du poumon droit : les phénomènes aigus ont rapidement disparu après une thérapeutique appropriée, et la malade

quitte l'hôpital au bout de quinze jours pour continuer sa convalescence à la campagne. Mais, le 29 mai (moins d'un mois après), elle revient salle 26 pour des accidents moins violents, mais plus inquiétants. Le sommet droit respirait mal, en même temps que de nombreux râles sous-crépitaux indiquaient l'existence d'une lésion en évolution : peu de fièvre, mais une grande fatigue et de l'amaigrissement; un vésicatoire est appliqué le lendemain de son entrée, il amène aussitôt un arrêt de l'élévation thermique; la température (de 37°6) se fixe à 37 pour ne plus en bouger en même temps que l'appétit reparait et que l'impression de fatigue fait place à un état d'euphorie complète. L'état pulmonaire paraissait aussi en voie d'amélioration, mais notre sujet, se sentant mieux, quitta l'hôpital pour retourner à la campagne.

En résumé, après une congestion pulmonaire ayant atteint le poumon et la plèvre, cette malade a commencé à faire une infiltration tuberculeuse de son poumon droit : traitée par la vésiculothérapie, elle vit s'améliorer ses signes généraux d'infection, mais une observation insuffisamment prolongée de son appareil pulmonaire ne peut donner le résultat créé par cette thérapeutique.

Conclusion des observations.

Après la lecture et l'étude des cas cliniques que nous venons d'exposer, que peut-on conclure ?

1° Que chez tous nos malades le traitement a merveilleusement atténué l'intensité des signes généraux de la maladie : la température, l'appétit, le poids, la transpiration, la douleur (cas VIII), se sont toujours bien trouvés de l'emploi de cette médication. Dans certains cas même (V), eux seuls ont été combattus.

2° La pleurésie semble être la maladie qui réagit le mieux aux injections du liquide vésiculaire. Le jeune H... (cas II) y a dû, croyons-nous, exclusivement sa guérison rapide et inespérée, et D... (IV) voit aussi disparaître son épanchement sans retard.

3° Si B... (cas III) voit persister le liquide pleural, l'infection bacillaire sous-jacente semble atténuée et arrêtée après les injections; cet état paraît même durer depuis quatre mois. C'est aussi en état de stabilisation que se trouve M... (cas VI), dont deux sommets pourtant présentent des lésions tuberculeuses au début. Enfin, le cas n° I offre à considérer un arrêt complet de la marche tuberculeuse chez un homme au passé bacillaire affirmé par un certificat de réforme.

4° Un bacillaire (cas VII) qui présente des lésions étendues et rapidement envahissantes des deux poumons résiste à tous les efforts thérapeutiques et meurt subitement une nuit : quelle médication peut prétendre améliorer et guérir tous les tuberculeux ? Ce n'est pas celle que nous étudions, dont les résultats semblent pourtant réconfortants et paraissent mériter des études ultérieures qui, nous l'espérons, aboutiront à aider la guérison de cette maladie si répandue et si dévastatrice qu'est la tuberculose.

Douleur.

Nous voudrions grouper dans un même chapitre tous les points de côté, les algies diverses dont se plaignent si souvent les tuberculeux.

Notre camarade L..., qui était interne de M. le Professeur Micheleau, se déclarait surpris des heureux effets que procurait cette méthode dans le soulagement des douleurs. M. Le L..., qui eut l'occasion de soigner de nombreux malades au sanatorium, nous a rapporté deux cas de guérison rapide d'un point de côté atroce ayant résisté à toutes les thérapeutiques : le vésicatoire essayé seul n'en eut pas raison, mais l'injection de la sérosité fut rapidement suivie de la disparition complète du point si tenace et si douloureux.

CONCLUSIONS

Que peut-on conclure de cette étude ?

I. — Une conclusion absolue est difficile parce que le nombre des cas étudiés est limité, et la durée de leur observation manque d'étendue. D'ailleurs, jamais ce traitement n'a été employé isolément, et le plus souvent le repos, la révulsion, un traitement médicamenteux adjuvant y ont ajouté leurs effets. Cependant les bons résultats généralement observés permettent de contredire cette parole de Mongour et Gentes (au Congrès de Bordeaux en 1900) : « Les bienfaits de l'autosérothérapie ne dépassent pas les limites d'heureuses coïncidences. »

II. — Au contraire, nous avons toujours observé une amélioration chez nos malades.

Les progrès se manifestaient surtout sur les phénomènes généraux qui s'atténuaient progressivement, les signes fonctionnels s'amendaient rapidement, et dans trois cas enfin les signes physiques ont régressé au point d'amener un arrêt dans la marche de la maladie et de créer un état de stabilisation : un cas de tuberculose a vu s'arrêter la poussée évolutive; une pleurésie a été rapidement guérie, une seconde très améliorée:

III. — Cette médication, qui combat la tuberculose d'une manière efficace, semble agir par la création de phénomènes d'immunité et non par une vague action émotive. Fiessinger, dans un livre de creuse et banale vulgarisation thérapeutique, écrit en se gaussant que « l'autosérothérapie guérit par l'attrait de la nouveauté qui remue l'esprit dans un ébranlement salu-

taire ». Cette opinion assez plaisante s'efface devant les études expérimentales qui indiquent clairement le mode d'action véritablement spécifique de l'autosérothérapie sous toutes ses formes.

IV. — A l'autosérothérapie pure, à la plasmothérapie, nous préférons la méthode de Modinos ou vésiculothérapie : sa simplicité, son innocuité, son efficacité semblent légitimer la poursuite des recherches dans la tuberculose. « Car, dans la maladie, quand la guérison survient, c'est le sujet qui fait sa guérison; de même quand la guérison est aidée par un sérum spécifique, ce sérum ne fait que provoquer l'organisme dans ses processus naturels de défense, mais c'est toujours lui qui produit sa guérison. » (Grasset).

Vu : *Le doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
MICHELEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 juillet 1930.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMEIN. — Brauer's Beitrage, n° 61, fasc. 2, p. 161-171, mai 1925.
- ARNOZAN et CARLES. — Thérapeutique I, p. 473 et p. 493.
- ARTAULT, de Vevey. — Traitement des maladies infectieuses et de la blennorrhagie par la lymphothérapie. *Bull. de therap.*, 1918, p. 327; 1921, p. 603.
- ALBESPY. — Traitement du cancer par autosérothérapie. *Bull. gén. de therap.*, 1921, p. 205.
- AUDIBERT. — Plasmothérapie des épanchements séreux. *Journ. méd. franç.*, 1910, p. 723.
- ANEZZA. — Autosérothérapie de vésicante. *La Rivista medican*, mars 1926
- BABLON. — Effets du vésicatoire. Thèse de Lyon, 1900.
- BELLIBONI. — Autoserothapia, meccanismo ed indicazioni methodo modinos. *Gazetta degli ospedali*, n° 68, 24 août 1916, p. 1058.
- BECCHERUCCI. — Autosérothérapie de vésicante. *La Lettura medica*, 1925.
- BUSQUET. — Contribution à l'autosérothérapie. *Gaz. des sciences méd. de Bordeaux*, 10 avril 1910, p. 171.
- CASTAIGNE. — Autohémothérapie. Autosérothérapie. *Journ. méd. franç.*, 1913, p. 306.
- CORDIER. — *Bull. gén. de therap.*, 1920, p. 104.
- COURMONT. — *Journ. méd. franç.*, 1920, p. 713.
- *Soc. de biol.*, 1817, p. 1541.
- DELORE. — Thèse de Lyon, 1926.
- FERRIER et TURON. — Traitement de la tuberculose par injection au malade de son propre sérum. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1910, 23 janv., p. 41.

- FIESSINGER. — Thérapeutique en 20 médicaments, p. 140.
- GAGNIÈRE. — Vésicatoire dans la tuberculose. *Rev. de la tuberculose*, 1910, p. 193-203.
- GODLESKI. — *Journ. méd. franç.*, 1925, p. 119.
- GAUTHIER. — Curabilité de la tuberculose par un traitement externe. Congrès de la tuberculose, 1891, p. 540-544.
- GÉLIBERT. — Plasmothérapie dans la tuberculose. *Rev. de la tuberculose*, 1906, p. 765.
- GILBERT. — *Gaz. des hôp.*, 1894, n^{os} 60 et 72; Soc. méd. de Genève, 1909, 22 décembre.
- GEHRKE. — *Rev. de la tuberculose*, 1925, p. 675.
- GRASSET. — Thérapeutique générale, t. I, p. 213-477.
- JOUSSET. — *Bull. de la Soc. d'études sur la tuberculose*, 1911, p. 178.
- LASSALLIÈRE. — La phlycténothérapie (technique, valeur, avenir). *La médecine*, déc. 1928; *Bull. de l'Acad., des sciences*, 19 nov. 1927.
- MARAGLIANO. — *Riforma medica*, 1896.
- MICHELEAU. — Communication à la Société de biologie de Bordeaux, 13 mars 1930. *Gaz. des sciences méd. de Bordeaux*, 11 mai 1930.
- MODINOS. — Un decennio di pratica espadaliere. Imp. Moures, Alexandrie, 1908.
- Autosérothérapie nulle maladie infective. Bruchure 1913.
 - Autosérothérapie dans les maladies infectieuses. *Presse méd.*, 1911, p. 1006.
 - Quand et comment employer l'autosérothérapie ? *Journ. des prat.*, n^o 18, 1922, p. 295.
 - Le sérum de vésicatoire dans le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. *Paris méd.*, 13 avril 1929.
- NASTA. — Soc. de biol., 1927.
- PARAF. — *Presse méd.*, 18 juill. 1928.
- PÉRON. — Soc. de biol., 1898, 22 oct., p. 975.
- RAMOND. — *Progrès méd.*, 1912, p. 452, p. 186.
- Traitement de l'hémoptysie par autosérothérapie. *Cliniques*, t. VII, p. 245.
- ROHMER. — Phlycténothérapie en ophtalmologie.

ROBIN. — Cliniques sur la tuberculose. *Bull. gén. de thérap.*, 1912, p. 199.

ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE. — Thèse de Paris, 1872.

SAHLÉ. — Brauer's Beitrage zur Klinck der Tuberkulon, t. LX, fasc. 4, p. 211-250, 14 janv. 1925.

SPENGLER. — Autotransfusion. *Journ. méd. franç.*, 1913, p. 350.

WORÜRGER. — *Ann. de méd.*, t. XXV, avril 1929, n° 4, p. 301.

